

ドイツ・オランダ近年の福祉事情をみる：介護保険導入と地域福祉

著者	吉村 信義
雑誌名	北方圏生活福祉研究所年報
巻	4
ページ	49-65
発行年	1998
URL	http://id.nii.ac.jp/1136/00001724/

ドイツ・オランダ近年の福祉事情をみる

— 介護保険導入と地域福祉 —

吉 村 信 義 (北方圏生活福祉研究所)

抄 録

少子・高齢社会に到達した国々では、所得・医療・福祉の社会保障の諸施策に加えて、介護の社会化にいかに応えるかが課題となっている。

ドイツでは社会扶助法（1961年）による介護対応施策の限界を確かめ、さらに1989年の医療保障改革法（GRG）の在宅看護支援や在宅介護給付の導入をはかった。しかし、医療費の抑制や介護問題の解決をみることはなく、1995年に、在宅介護を基本とする介護保険法が成立した。かねてから育児や介護は家族による無償の営みとされてきた。このたびの積極的な介護の社会化を導入する政策はこうした行為に社会的評価を与える改革である。

オランダの介護・福祉施策は1968年実施の「特別医療費補償法・AWBZ」の下で、医療・介護をHealthcareと解して、一元的で包括的な制度の下で実施されている。近年は福祉・医療施設対策の重視から、地域福祉・在宅福祉サービスの総合化が進められている。高齢者が地域社会で生活しやすい住まいの街づくりやケア機能を高めた住宅政策が社会福祉財団などによって積極的に進められている。一方保険制度の下で、競争原理の導入がきびしく問われていて、経済的合理性とともに介護・看護の質的向上の上からも、利用者対保険者：保険者対サービス提供者：利用者対サービス提供者との間の透明性が問われている。

キーワード：社会扶助法，介護保険，家族介護の社会化，住民自治，地域・在宅福祉サービス，経済的・質的合理性

I ドイツの福祉事情

はじめに

1998年11月筆者はドイツの古都ハンブルグ市を訪ねて最近のドイツの社会福祉事情、とりわけ介護保険制度の進捗状況とともに地域福祉や在宅福祉の実情をみた。これらの状況は最近の諸制度の改変とその背景から学ぶことが必要である。近年の諸制度の改変を追いつ、ドイツ固有の福祉制度の姿を学び、今後のわが国の制度のあり方を考えることとした。

1. ハンブルグ市の自治形成

ハンブルグ市は13世紀から17世紀にかけて北ヨーロッパ経済圏の中心都市として北海とバルト海の商人たちの橋渡し役を演じたハンザ同盟都市の中心地であった。

北海に通路を開くハンブルグ港は深く切り開かれたエルベ川を遡ること110kmの内陸にあって、皇帝バルバロッサが貿易の自由化をめざし、関税を免除した1189年5月7日から港が開かれたという。ハンザ都市としての自治権をえて、商人たちによる民主的、自律的な都市づくりの歴史を有する。これらの自由な都市づくりは、同時に

固有な市民の福祉制度を、つくり出してきたと思われる。ハンブルグ市から車で40分程度のところにあるリューベック市はバルト海に面していて、商人による商業馬車隊を作って北海とバルト海へ交通の要路を保ち、ハンザ同盟の盟主の立場にあった。

わが国の民生委員制度の起源がドイツに生れたエルバーフェルト（現在の北西ドイツのブッパータール市）の制度（1853年）に習ったといわれている。日本の導入は岡山県の済世顧問制度（1917年）翌年の大阪府、東京都と広まり1937年の方面委員制度、戦後は1948年の民生委員法にもとづく制度となって、日本固有の地域福祉の中心制度として定着しているのだが、ハンブルグの歴史はさらに古く、1780年のハンブルグシステムに遡るといわれるから、日本に導入するまでに137年、今日からは約220年の昔の市民福祉の姿を学ぶことになる。

ハンブルグシステムは都市の最下層の救済対策として、居宅保護を原則にして、全市を60地区に分けて、各地区ごとに被保護を友愛訪問して対象者のニーズや生活状態を把握し、これをケースとして記録にとどめ、地区連合の代表者による委員会を構成して救済の方法を協議した。この方式は当時の都市の自治確立とともに有力な

都市市民が中心となった貧民救済の改革であった。後、エルバーフェルト制度は全国に広まる。

この方式は1801年リューベック市など広く伝えられ、ドイツではハンブルグ・エルバーフェルトシステムと呼ばれている。(注1)

なお、当時の貧民救済としては1794年のプロイセン一般ラント法があり、プロイセンが要救済市民に国家責任を明らかにした救貧対策法であったといわれている。救済規程、労働機会の提供、怠惰な者へは労働強制、金庫制度、雇用賠償規定、鉱山法の共済規定が定められている。なお、注目すべき救済手段として栃本は、市町村団体や従来からある特定の救済基金をもつ法人や保険料の徴収を行う同業組合に対して資力のない同組合員にも扶養義務を順守するなど、同業組合などのツunft共済の伝統をもつ職業団体を救済の実施機関として、貧困化した妻、寡婦、児童を保護する義務を規定した。つまり、この条項に規定されない貧民は国が公的な施療院に収容し、他は上述の団体(ゲノッセンシャフト)に属する者は団体で救済された。かような帰属集団による救済、集団主義的な救済原理はその後の産業化の社会変動過程でも維持され、同一集団員の階層転落の防止の役割を果たすと指摘する。(注2)

ハンブルグ市の中心に位置し信仰の中心ともなっているといわれる、聖ミヒャエル教会の横小路を入ると、17世紀の住宅様式の典型的な建物といわれる、かつての小商人組合が、組合員の未亡人のために作った住宅街が歴史的建造物として残されている。(旧福祉住宅・Krameramts stuben) 現在は、みやげ物店やレストランとして使われている。同市の社会福祉の伝統を知る貴重な財産となっている。

2. 社会扶助法と生活原則

福祉国家として復活した西ドイツは第2次大戦後、ボン基本法(憲法)の下に年金、医療、雇用など伝統的な社会保険法を軸に、社会扶助、青少年福祉法、施設法などの扶助法、援護法、児童手当法、住宅手当法、リハビリテーション調整法などの援護関係法などの連邦法で社会法典を編さんし、これに加えて、教育、住宅、雇用なども含めて社会権として福祉国家のサービス規定としている。

社会福祉供給体制の基本をなす社会扶助法(1961年6月制定)は次の諸原則を基本としているといわれる。(注3)

1) 人格的援助の原則

国は本人の自己実現のために経済的援助だけでなく、包括的、精神的、情緒的要求を満たすためにパーソナルな援助を行う原則。

ちなみに、ヨーロッパ憲章(1961年10月制定、西ド

イツ1965年承認)は経済的困窮に止まらず、個人、家族の困難を予防、除去、緩和するために公私の制度を通じてパーソナルな援助を与えることが福祉権として承認されている。連邦社会法は憲章の精神をふまえてパーソナルな援助・助言を公が保障し、民間の協力が必要としている。

2) 個別化の原則

扶助は全人格的処遇であり、その種類、形式、程度は個々の事情による。

3) 選択性の原則

扶助受給者は援助の形態、方法を自身の希望をかなうものを享受できる。選択の原理はドイツが多元的な社会を歴史的、精神的に形づくってきたという基本的な性格にふれて、ボン基本法の精神としてきたものであって、福祉領域でも当然として守るべき原則とされる。

それ故に、多様な民間福祉団体の福祉サービスや施設を自由に選択できる。

介護保険法のサービスの組合せの多様さはこの原則の如実な反映といえようか。

4) 請求権の原則

扶助当局は扶助の形式や程度について裁量権を有し、受給者は法的請求権をもち、行政裁判所に提訴権をもつ。受給者が法律上の権利主体としての位置を具体的に示すものとして意義が大きい。

5) 家族的支援の原則

困窮の原因が家族にあること、家族に影響を与えることを考慮して、その関係、家族自身のもつ力の強化や結束の強化となる支援を行う。

6) 援助の後置性の原則(他法優先の原則)

他法で(保険など)社会的給付のあるときは社会扶助に先立って活用しなければならない。民法の扶養義務も社会扶助に優先する。

7) 予防と援助の原則

社会扶助は予防措置として適用され、改善後も効果を確実にするため、事後援助の継続性をもつ。

8) 民間社会事業との協力の原則

社会扶助は国家責任のもとで州が施行責任をもつこととされている。しかし、社会扶助が個別的で、国民の多様なニーズに応えるためには、金銭給付以外のサービスは民間福祉団体にまかされ、公に優先する。これが不可能な場合に公立で施設などが作られる。

社会扶助の担当機関は民間事業の自主性を尊重しながら事業・サービスの維持・発展のために公的な資金援助が行われる。

つまり、ドイツの社会福祉の底流には市民のボランティア精神や自治、自律の思想があり、公と私の関係が制度に織り込まれている。

3. 社会サービスの供給体制

先述の民間社会事業との協力原則は全国的な民間社会福祉団体による活動組織が定着していて、着実に業績を残すとともに、新たな社会福祉事業の開発や高い質の指導性、活動相互間の調整に役割を果たし、かつ積極的な市民福祉のニーズを吸収し、諸活動を通して各方面に対する圧力団体としての生活に身近な役割をも果たしている。諸福祉団体のこうした活動はドイツの自由で民主的な社会構造と多面的な社会体制の反映であり、生活福祉中心の活動の現れといえる。

1) 労働福祉団 (Arbeiter wohlfahrt)

1919年、社会民主党マリー・ユカッツが労働者の自助組織として設立。団体は社会民主党との独立性を強調していて、人種、政治信条、宗教など区別なく、全ての人々に援助を提供して、全ての分野の福祉活動を行っている。また、他団体と同様に社会保障、社会福祉の諸活動に対して改革案を提示している。加盟者65万人、ボランティアスタッフ10万人、8万人の雇用者をかかえ、1,490程度の各種施設は青少年から高齢者までの各種のサービスに及び3,600余のデイセンター、2,300余のセルフヘルプグループを組織している。(1995年)

2) ドイツ・カリタス (Deutscher Caritas verband)

1897年に創立のカソリック系福祉団体難民救済などの国際的活動で知られる。福祉活動は病院、青少年施設、高齢者施設、地域福祉・ナーシングセンター、ファミリー・ケア・センター、幼稚園をはじめと多くの教育施設、機関を保有する団体である。施設総数2万6千余、常勤スタッフ26万余人、うち聖職者3万7千人にのぼる(1989年)幼児教育に独自の地位を築いているといわれている。

3) デイアコニー事業 (Diakonisches Werk)

1848年のインネレ・ミッションに起源をもつプロテスタント系の福祉団体。正式には1957年にドイツ・プロテスタント教会のインネレ・ミッション(1848年設立)とドイツのプロテスタント教会の救済組織のための中央事務所(1945年)との合併で新発足、約4千に及ぶ病院・療養所、障害者センター、高齢者、児童施設、8千余りのデイセンター、約4千余の地域福祉センターを運営、常勤スタッフ、21万5千人、うち看護シスター2万4千余人(1989年)

4) ドイツ赤十字 (Deutsches Rotes Kreuz)

救急医療の特色がある、病院経営のほか、福祉施設と高齢者ホーム、デイ・センター、児童青少年デイ・ケア・センター、デイ・ナーシングセンター、地区ナーシングセンターを運営している。

5) ドイツ・パリタティッシェ (Deutscher Paritatis-

cher Wohlfahrt verband)

1949年に連邦組織となる。起源は1924年無宗派・無党派の5福祉団体が結成した「福祉5団体協議会」から発展した団体、赤十字を除く中小の社会福祉団体が加盟する協議会に特色があり、2,600団体(1989年)が加盟している。1,800余りのデイ・センター、20万人余のボランティアと9万人の常勤ないし、非常勤スタッフが活動している。

6) ユダヤ人中央福祉所 (Zentral Wohlfahrts stelle den Juden)

1951年再建、ユダヤ人の福祉を守る一切の活動を目的として、病院、各種ホーム、幼稚園、青少年センター、相談所などを経営。

以上のように、民間福祉の6団体は連邦全国を網羅する活動を組織化していることに特徴を有している。しかも、国内外の広範な社会福祉活動体をなしている。1991年調べの国内的活動に占める割合は施設総数の約55%、定員数で約70%、連邦、州、市町村の各レベルに応じた多角的な役割を担っている。近年の介護保険制度の発足以後、急速に伸びているソーシャルステーションもこれら6団体が大きな運営の役目を果たしている。なお、ドイツでは所得税の10%が「教会税」(Kirchen steuer)として徴収され、これら6団体運営の財源として配分されているといわれる。(注4)

4. 社会扶助給付と介護保険給付

この項ではドイツの社会福祉サービスの基本法と近年の介護保険法の発生と背景にふれたい。1994年4月、第5番目の社会保険制度として介護保険制度が成立、95年1月から在宅介護給付のための徴収が始まり、4月から給付が実施された。しかし、ドイツでは介護保険に全てが吸収されたのではなく、従来の連邦社会扶助法(1961年法)との関連とあいまっていることに留意の要がある。

同法の扶助は(a)生計費扶助と、(b)特別な生活状態に対する扶助(特別扶助)に大別されている。(a)は施設が在宅で自らの能力、収入、資産では生計の維持が困難な者を対象に、一時的給付か継続的給付を行うものであり、(b)の特別扶助は11種類の給付に分かれ、介護給付との関連では障害者統合扶助、盲人扶助、家計継続扶助、介護扶助などがあり、当事者の生活の特有な困難性に着目してなされる給付制度であり社会扶助制度の中心的制度とされている。

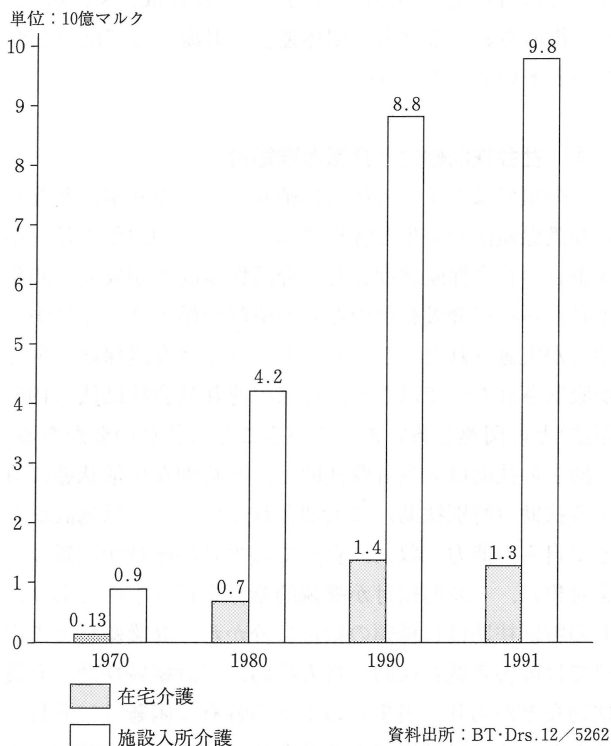
かように連邦扶助法は(a)と(b)との両者を含み、補足性の原理と自助優先の原理の下に、可能な限り能力と資力の活用が求められる中で、扶助の給付が行われる。特にわが国と異なるのは給付の実施責任、財政負担は地方自治体(州の責任)に負われていて、国庫負担はない。また、

社会扶助受給者は社会保険適用が除外されないで、何れの社会保険（年金、雇用、疾病など）それぞれについて社会扶助主体が保険料を負担することを阻げられていない。

わが国の例にならえば児童から老人まで、障害の状況に応じて、サービス給付が予定される5法に加えて生活保護給付も一体となっていて、かつ、社会保険体制の年金、雇用、疾病保険に加入の下での生活が保障される構図が見える。しかも、金銭給付だけでなく、現物給付が一時的にかつ継続的になされている。

近年の高齢化、少子化の著しいドイツでは社会保険による基本的な給付（年金、雇用、疾病）のみでなく、介護の社会化の要求も高く1970年から90年までの介護給付の支出状況は図1のとおり、特に、80年代以降の急増は地方自治体の財政負担を強いることになり、社会扶助法による「財政上の視点」と「社会政策上の視点」の双方から介護保険制度の抜本的な改革の要求が強まり、長期間の検討の結果、定形的給付によって基本的に介護需要に答えるために1995年の介護保険法の成立をみた。

図1 1870年から1991年までの旧西ドイツにおける介護扶助支出の推移



資料：ドイツにおける介護保障 木下 秀雄
賃金と社会保障No1158 95.7.下旬号

5. 医療保障改革と介護制度

1980年代に入り、医療費の増大が課題となり医療保険制度の危機を呼び、1977年の第1次疾病保険費用抑制法、81年第2次保険費用抑制法、82年病院費用抑制法など医

療費抑制策の強化、薬剤費負担引上げ、入院時負担等の導入、在宅看護給付の導入、89年には「医療保障改革法」（GRG）の施行では自己責任と健康管理の強化の精神の下に、必要度の高い給付を重点に在宅看護の支援、過剰ベッドの削減、医学部定員の削減などの構造的改善がなされ、この改革法に在宅介護給付が導入されて、91年には重要な介護者の現物給付と金銭給付がなされた。この意義は医療制度の改革の中で介護者への対応策として大きな意味をもつので後にのべる、ついで92年には医薬品に関して定率自己負担を施行した。

しかし、以上の改革も十分な成果は上らず、1993年の「医療保険構造法」（GSG）の改革が行われた。本法の改革は医療保障制度の供給構造の非経済性に焦点を当て、病院医療費の支払方式の改革、外来診療と入院診療の連携、保険医数の抑制、医薬品分野の再編成、疾病全体の組織改革など旧来制度の大幅な変革を内容とした。

特に、改革にあたって病院の支払方式については「実費補填原則」にたった従来の設備投資費用は州負担、経常費用は定額入院療養日額による疾病金庫負担とする二元的財政制度を疾病金庫に一元化して「実費補填原則」を廃止して、各病院が収益の内部蓄積と損失の自己補填を行う。経常経費は特別報酬（高額医療行為）、1件当たり包括払い、入院療養日額の3種類の支払い方式とする。96年以降新方式の導入を義務づけるよう段階的に移行。第2は疾病金庫間のリスク構造の調整を行い、金庫間の保険料の格差解消のため1994年から保険料対象収入、被扶養者、加入年齢・性別要素を対象にしたリスク構造の調整を行い、疾病金庫間の競争条件の整備のため、金庫の合併などの合理化促進が行われた。（表1）また、金庫の選択を促し、労働者と職員の格差解消のため96年から金庫の加入対象者の限定を撤廃した。

表1 疾病金庫数の推移（旧西独地域）

	1992年5月	1995年7月
地区疾病金庫	258	44
企業疾病金庫	680	626
同業疾病金庫	148	80
代替金庫（労働者）	8	8
代替金庫（職員）	7	7

（出典）Bundesarbeitsblatt

資料：ドイツにおける医療保障改革の動向 松本 勝明
96.7.22 週刊社会保障 18911

以上のような、旧来から諸原則の改革も含めて、大胆な医療保障制度の構造的な改変が行われていることに、福祉国家としての安定をはかってきたドイツのきびしい現実がある。

6. 医療保険の原則と改革の考え方

先述した社会保険制度の改革に当って、ドイツの医療保険制度が伝統としてきた原則にふれておきたい。

- 1) 現物給付の原則－所得と無関係で特別の支払い義務なく医療サービスを現物で享受できる。民間保険は費用償還方式をとっている。
- 2) 連帯の原則－配偶者、子供など家族扶養者が被保険者に扶養されている限りは保険料の支払いはない。民間保険は給付と反対給付は等価の関係にあって連帯の原則はない。
- 3) 自主管理の原則－国の介入をさけ、保険の実施運営は公法人の自主的な運営団体により行われ、この団体に関係する労使双方の管理下に置く。国家の保護と要請の下で共同的団体とすることで、関係者の直接的な協力が可能となり、労使関係と社会的安定に寄与する。
- 4) 保険の組織化の原則－地域的・職業的、部門、専門的に整備された8種類の金庫別に総数、151の独立した疾病金庫が存在した。

これらは合理的に設けられたものでなく、歴史的推移の結果だとされている。1883年の医療保険の立法者により既存の疾病金庫が生かされ、過去100年の社会的・経済的・国家的変遷にかかわらず存続し、原則的に保持されてきた。

- 5) 収支相等の原則－公的医療保険とはいえ、疾病金庫運営の基本的考えは保険技術の本来は民間保険と同様の保険リスクの厳格な対応にある。

以上の保険原則の下に国家との調整関係の基本を保ってきた。しかし、G S Gの改革はこの原則にも大きな修正を加えつつあるかのように思われる。G S Gは医療供給での市場メカニズムを機能させるための一時的な国家介入であって、医師・病院に損失を与えずに、将来は当事者自治に委ねるとしているが、法的規制の範囲の拡大は当事者自治の性格を変えるのではないか。疾病金庫の保険原則も金庫間の競争原理の導入による活性化を目的とするが、旧来の多元的分権的な組織機構がどのように変化して対応関係を弾力的、効率的、自律的なものとなるか注目されると指摘し、1995年以降の介護保険法施行後の動向をふまえて、土田は次のようにのべている。

- (1) 公的な年金、医療保険が世代間連帯の核となっていることから、公的保障の枠組みを壊さずに、効率をいかにはかるかの方向へ。
- (2) ドイツ近年の医療・介護・サービスの改革を主導してきたキリスト教民主同盟の対策が「新しい社会問題」対策として、高齢者や女性の利害を反映した政策を展開し、育児や介護など家庭内で家族の無償の営み（介護の家族化・家族による介護）に対し、

社会の営みとしての評価（介護の社会化・介護の金銭給付）を支援する方向の改革。

- (3) ドイツの伝統的な当事者自治の原則は基本的に守る方向での改革を進めた。そして、公的な領域での私的競争を、私的領域とされた家族的領域に公的な援助を行う施策を、つまり、公私の中間的領域を拡大させたと指摘している。示唆にとむものとする。（注5）

7. ドイツの地域福祉事業

今回の研修の旅では、ハンブルグ市の労働福祉団の経営となるゾチアル、スタチオン（ソーシャル・ステーション）に立ち寄り、介護保険に伴う在宅福祉事業の実践やナーシングホームの見学に止どまり、運営の一端を垣間みる機会をえた。

ステーションは、住宅街区の静かな一角に位置していて、誰もが自然に立寄れる雰囲気の内構えで、事務所やお役所風な構えはない。入って直ぐにカウンターがあって壁にはホームヘルパーの派遣事情が一目瞭然にわかるような色別されたプレートが張られていて、職員が2名程で電話の応答、来客との立話しによる相談を行っていた。所長は他の要職を有し、福祉団体の有力な指導者の一人ということであった。1時間30分程の説明があり介護保険制度の諸問題については、特に要介護度の認定のうち痴呆度と介護程度の認定の差異の大きさ、介護者と利用者の対応の即物性（機械的で時間刻みな介護業務）精神的な相談対応の欠如になりがちだとの苦情などについて説明があった。（表2参照）

表2 ドイツにおける「痴呆性老人」が介護認定の際に無視されるという批判に対する論議

診 断	申請の数	認可された数	程度Ⅰ (%)	程度Ⅱ (%)	程度Ⅲ (%)
老衰及び老衰前器官による精神病★	23,327	18,913 (93.0%)	17.1	39.5	43.5
脳神経退化★	5,068	4,672 (92.2%)	16.1	38.8	45.1

★動脈硬化による痴呆とアルツハイマーを含む

資料：Drucksache 13/9528 Deutscher Bundestag-13. Wahlperiode 1997.12.19

出典：濱口クレーナー・牧子 ドイツの介護保険制度の進展 エイジング総合研究センター 1999.3刊 PP.169

要介護認定の概念が「要介護者とは、身体的精神的又は情緒的な疾病又は障害のため、日常生活を送る中で、日常的かつ規則的に繰り返される活動を行うのに、継続的に、おそらく最低6ヶ月は相当の又はより多くの援助を必要とする者である」（第15条）。と規定されていることから（1）医学的な原因のみが意味があって、他の原因は考慮されない。（原因としての「疾病又は障害」とは14条2項に規定して限定列举している。）（2）日常生活活

動遂行能力が認定の対象であって存在する疾病や障害の種類又は重症度そのものではない。(3)日常のかつ規則的に繰り返される活動とは身体的介護、栄養補給、移動、家政援助の四つに限定列挙されていて、訪問看護、リハビリテーション、社会参加のための援助など生活にかかわる他の分野の援助の必要性などが要介護認定の考慮の対象とならない。など、生活者の支援を幅広く期待する立場からは心理的情緒的支援関係に不足があり、カウンセリングなど、生活上の相談関係を期待しえないとの不満が多い、とのことであった。

施設の見学では同じく労働福祉団が経営する施設群(ナーシングホームと住宅群)であった。施設の周辺街区の環境、中庭、廊下の展示物を含め、居室、集会娯楽施設、食堂、便所、作業施設設備及び処遇方式や方法など、施設法にもとづく基準に依拠して、明るく、清潔で、行き届いた処遇を感じた。

他の資料によれば、さきの6民間団体とキリスト教会によって1970年代から在宅福祉サービスの開発が盛んに行われていて、高齢者、疾病患者、障害者、青少年、家族などと幅広い相談、看護、介護、家事援助、社会参加のサービスが行われてきた。(注6)

包括的な在宅サービス提供の核としてのソーシャル・ステーション、訪問看護ステーション、家事、家族援助ステーション、隣人援助ステーション、配食、緊急通報、福祉相談、高齢者、障害者のデイ・サービスセンターなどがあり、濱口によれば、(表3)1997年9月現在で、ソー

表3 ドイツの社会法典第11編(SGB・XI)にもとづき認定された介護施設一覧 (1997.9.10)

連 邦 州	訪 問 施 設 (ソーシャル・ ステーション)	部 分 介 護	ショート ・ステ	完 全 施 設
バーデン＝ヴュルテンベルグ	750	179	384	940
バイエルン	1,809	519	906	1,131
ベルリン	342	34	21	276
ブランデンブルグ	532	127	192	214
ブレーメン	120	10	10	63
ハンブルグ	406	14	89	147
ヘッセン	946	290	444	528
メクレンブルグ＝フォールホメルン	385	18	108	187
ニーデルザクセン	1,135	307	748	1,097
ノールライン＝ヴェストファーレン	2,464	240	773	1,633
ラインランド＝プファルツ	422	197	268	353
ザーランド	168	107	89	109
ザクセン	883	69	105	349
ザクセン＝アンハルト	502	37	26	236
シュレスヴィック＝ホルシュタイン	474	46	91	500
チューリンゲン	392	50	110	185
合 計	※11,730	2,244	4,364	7,948

資料：Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. Siegburg,
Stand：10. September 1997

※ 1992年は4,000カ所(ほとんどが民間福祉団体の施設)

出典：濱口クレナー・牧子 ドイツの介護保険制度の進展
(社)エイジング総合研究センター, 1999

シャル・ステーション(認定施設)11,730カ所(1992年4,000カ所)部分介護施設,2,244カ所,ショートステイ4,364所完全施設7,948所を数えている。

ソーシャル・ステーションの活動内容は一般に「援助パッケージ」と呼ばれていて、(1)相談のための家庭訪問、(2)基本介護。身体介護、着脱、食事準備など家事援助(3)看護サービス、(4)リハビリテーション、作業療法などを含む。(5)ターミナルケア、その他と幅広い活動のセンターであり、上述のセンター機能を組合せて併存しているセンターも多い。特に介護保険の導入に伴って医師系、企業系のステーションが都市部で増えている、といわれている。

8. 終りに(ドイツ)

数日の研修の旅でドイツの福祉事情を知ることは不可能である。近年施行の介護保険制度も1995年から在宅介護が実施され、翌年には施設介護も対象となった。ようやく2年ないし3年を経過したばかりである。しかし、上述したように、ドイツでは1961年成立の社会扶助法の実績があり、医療改革法1989年で在宅介護給付が導入され、年金と関連して在宅で育児や介護に当る者に対するその期間を年金加入期間とみなす保険料の免除、医療保険の改正で子供の看護のための休暇(傷病手当給付期間)が5日から10日の延長、介護保険では週14時間以上介護を行っている家族などが、全く就労しないか週30時間以下の就労の場合、年金保険加入者として保険料を介護金庫が負担する。さらに労災保険の適用や職場復帰に対する雇用保険からの援助が行われるなど、社会保険制度のそれぞれが年金、医療、介護とが生活に連動して在宅福祉の促進に寄与していることを知ることができる。介護保険制度の導入が現物給付のみと固定的に評価して単線的な制度の日本とは大きな違いがみられるのである。

しかも、介護保険受給者の選択は極めて多様で(金銭給付、現物給付、在宅給付、施設給付、しかも、一時給付、組合せ給付、さらには生活扶助給付と)重複ではないが

表4 在宅介護の介護等級と給付の種類 (単位：%, 件)

	等級Ⅰ	等級Ⅱ	等級Ⅲ	計
現 物 給 付	9.3	10.6	8.3	9.9
現 金 給 付	75.1	62.7	56.6	65.8
コンビネーション給付	10.8	14.8	20.1	14.3
デイケア・ナイトケア	0.2	0.4	0.5	0.3
ショートステイ	1.4	2.7	3.8	2.5
休暇時の代替給付	3.2	8.8	10.7	7.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0
	(390,967)	(627,947)	(181,120)	(1,200,430)
	<32.6>	<52.3>	<15.1>	<100.0>

注) この他に「特に過酷」が396件あり、いずれも現物給付を受給。
資料) AOK-Bundesverband, Statistische Informationen, Reihe 7, Feb. 1996.

厚みがあって、利用者本位の実情に応えうるものとなっている。(表4, 5) まことに歴史的経緯をふまえて、その制度の進展、運用に当っては原則的な把握と理解と理論の構成にたった、例えば、徹底した保険原則にたつ、自主管理と収支相等の経営原則で運営するなど大いに学ぶことが多い。

表5 要介護認定の状況 (1996年4月30日現在)

(単位: 件, %)

	申請件数	処理件数	審査結果の状況			
			等級Ⅰ	等級Ⅱ	等級Ⅲ	却下
在宅介護	535,943	339,187 (67.2)	33.9	27.3	12.6	26.2
施設介護	498,620	325,553 (65.3)	19.9	31.2	24.6	24.3

資料) MDS, Statistik Begutachtung im Medizinischen Dienst für die Pflegeversicherung.

出典: 土田 武史 96.9.16 週刊社会保障 1904
第2段階に入ったドイツの介護保険

つまり、高齢社会、少子社会の著しいドイツにあってその医療・介護改革は、その非経済性の強い医療の介護制度に鋭く迫る競争原理の導入、質を落さずに医療保険財政の安定を図ろうとする改革方針に多く学ぶことができる。図2にみるように、日本は税金と保険料による混合的社会保険制度なのに対してドイツの保険原則の徹底ぶりは日本の制度の現実を改めていかに構造的な違いがあるかを学ぶとともに制度の厚みと各種保険制度の原則を支える市民の社会保障制度全体にかけける発想のちがいを知るのである。

なお、濱口はドイツ国内介護保険の評価について次のように紹介している。

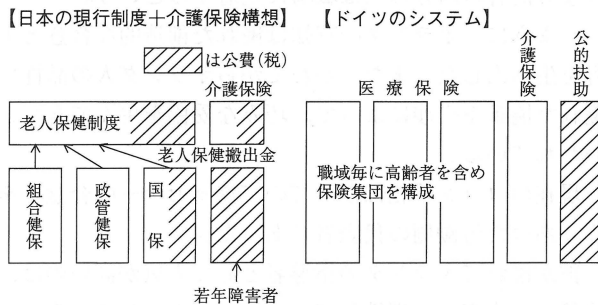
1998年8月時点で(約3年半)で介護保険の評価を行うと。

- (1) 政府の公的見解では認定、財政も期待どおり。痴呆性老人認定も難しい課題だが、このまま通した方がい。要介護の程度は現行の疾病金庫(MDK)の認定訪問30分程度では3区分で決めねばならない。制度も保険制度の維持が正しい。年齢制限は年少者の該当も少くないのだから、しない。現金給付が70%だが、現物給付ではサービス提供機関が間に合わないし、現在では過剰提供のハンブルグ市でも不足をみることになる。
- (2) 州レベルの評価は保守与党連合州(バイエルン州、ザクセン州など)では批判なしに肯定的評価をしている。他の野党(SPDなど)州では介護保険制度に対する原則的な批判はなく報告が十分検討されないことや見のがした点などを指摘、列挙しているに止まっている。ノルトライン・ウエストファレン州の

労働社会省介護保険担当者は現時点では、将来も労使折半の保険方式が正しい。との意向を示している。

- (3) 在宅の受給者は介護が時間単位セットで測られるので、対話の時間が少なくなった。との批判もあり、州によってサービス項目、価格、時間を示している。(ノルトライン・ウエストファレン州)
- (4) 従事者評価では、格上げ申請に時間がかかり(3-8週以上)認定なしサービスを余儀なくされる。介護金庫の支払いが遅い。リハビリにつとめると格下げになる。痴呆老人に特別程度を。失業者を介護分野にまわしたのは誤り。
- (5) 医師では「かかりつけ医」は困らないかとの問いに、介護認定医が別にあることの方がよい。一般に患者は高い等級を要求するので。
- (6) 家族の評価は現物給付で自分の時間ができた。サービス機関が選べる。介護が社会的承認を得た。介護者の年金が支払われる。労災保険の適用となる。など家族も含め社会労働の評価の側面で喜ばれている。しかし、介護は女性問題だとされ、1995年で80%が家族親族であった。1970年以降、女性の社会進出があり娘が介護潜在力の傾向は減少しているが、娘、嫁の稼働が現実のようだ。(注7)

図2 ドイツと日本の医療保険制度の基本的比較



資料: 日本の社会保障 広井良典 岩波新書

(ドイツ)

- 注1. 藤井 康 世界大百科事典(23)、平凡社 P.304
- 注2. 栃本一三郎 西ドイツ社会保障、東京大学出版会 PP.294
- 注3. 栃本一三郎 註2に同じ PP.297-298
- 注4. 栃本一三郎 註2に同じ PP.299-300
他にAWOの紹介文 1995年版
- 注5. 土田 武文 ドイツ型社会保障改革、週間社会保障 1996.1.15
- 注6. 岡崎 仁史 地域福祉辞典、ドイツの地域福祉の方法 PP.446 1997
- 注7. 濱口クレナー・牧子 ドイツの介護保険制度の進展、先進国における最新の高齢者対策 1999。
(社)エイジング総合研究センター

II オランダの福祉事情

1. オランダに学べ

98年8月31日の日本経済新聞はEUをテーマに大欧州という連載記事を載せている。その副題が超先端の司祭たちという、ヨーロッパの指導者の姿を語っている。今日の欧州各国では“オランダに学べ”というのが合言葉になっているという。1997年のオランダの人口は1552万人、経済成長率は欧州連合(EU)で2位、失業率は5%前後、EU平均の約半分の状態にある。

こうした経済的発展のきっかけを作った奇跡の女神の役割を果たしたのが82年の11月に結ばれた“ワッセナーの合意”と呼ばれる政治・労働・使用者の三者のトップによる紳士協定であったというのである。当時、オランダは2けた台の失業率、高福祉政策による財政赤字の拡大など経済悪化に苦しんでいた。こうした危機感の中での合意は直ちに動き出し、政府は財政支出を削減し、企業は雇用の創出に努め、労働組合は賃上げの抑制を受け入れる代りに労働者は職業訓練の機会を得ることとなる。

前雇用者の名をとって“メルケト・ジョブ”と呼ばれ、長期間失業していた人を雇用すると企業は政府の補助金を得て職場での技術指導に当てることができ、解雇するときは労働者は職業訓練の機会を求めることができる。対象労働者の四分之三は職場に定着するという。

かように、オランダの英知は優れた創造的な合意と実行を生み出した。また、かねてからオランダ人の品性は優れた協議や交渉によって、巧みな妥協を生んできたといわれている。

現在のコック首相はかつての“ワッセナーの合意”を作りあげた労働側の代表者であった。

彼が優れてオランダの指導者として人気が高いのは、冷静さ、寛容さ、理性的でネゴシエーションの巧みさ。かねて、この国が世界の海を征して巨万の富を築き、かつ、市民の総意で国土づくりをしてきたオランダにもっともふさわしい指導者なのかもしれない。

優れた指導者の存在は大学教育の質的水準を示す。欧州大学調査でも各分野での上位に位置して、高度の研究施設、大学教授陣を輩出している。「開かれた教育はそのまま人の潜在能力を高め、人の能力アップが雇用創出に結びつくのは、極めて必然的なことといえよう。日経紙はオランダモデルは欧州発の新たな成長モデルを提供し影響を与えつつあると指摘している。

2. 社会保障制度と介護制度

欧州連合(EU)ではソーシャルプロテクションを各国の実情に応じて次の分類で整理している。(1)スカンジナビア諸国型 (2)イギリス国型 (3)独・仏国型 (4)

伊・スペイン型とされていて、オランダは(3)型に入るとされているが全国民が生活のリスクが生じたときに、誰でもが普遍的で基礎的なサービスを楽しむ手厚いサービス給付がある点でスカンジナビア諸国型に近いとされている国とされている。

国内総生産に占める社会保障給付費の割合はEU随一である。33.6%の高さがこれを証明している。(スウェーデンはEU参加未定)(注1)

オランダの公的保険制度、公的扶助制度はきわめてきめ細かで、表1に示されるようにリスク別に分類すると8制度となる。(表1)

表1 オランダの社会保障制度

リスク	国民保険	被用者保険	公的扶助
老齢	一般老齢年金制度		国民扶助制度
失業		失業給付制度	補足給付制度, IOAW, 国民扶助制度
障害	一般障害年金制度	障害給付制度	補足給付制度, IOAW, IOAZ, 国民扶助制度
短期医療		健康保険制度	
長期医療・療養	特別医療費保険制度		
病気による所得喪失		傷病給付制度	補足給付制度, 国民扶助制度
寡婦・寡夫・遺児	一般寡婦・遺児年金制度		国民扶助制度
子供養育	一般児童手当制度		国民扶助制度

資料 大森正博 オランダの社会保障制度と制度改革の考え方
海外社会保障情報 1996 No117

介護制度については日本、ドイツのように単独法によらず「特別医療費補償法」(The Exceptional Medical Expenses Act・AWBZ)を根拠とする。オランダは医療を(health care)と解し、介護を含めて理解することにあるようだ。表2のとおりであり、その内容は次のとおり。AWBZは1年以上の入院医療をベースに医療対象者、身体障害者、知的障害者、精神障害者等を含み施設ケア・在宅ケア等を含むこととなる。

表2 特別医療費保険でカバーされている医療・介護サービス

1年以上の入院医療
初日からの精神病院での入院医療
ナーシングホーム及び身体障害者施設でのケア
ナーシングホームにおけるデイケア
訪問看護団体による在宅サービス
身体障害者ホステルの入所
身体障害者デイセンターへの通所
ArnhemのHetdorpにおける障害者のケア
視覚障害者のケア
聴覚障害者のケア
知的障害者のケア

知的障害者デイセンターへの通所
 知的障害者ホステルの入所
 精神科外来の地方施設 (R I A G G) によるサービス
 非診療所精神科ケア
 精神科外来
 パートタイムの精神科治療
 遺伝子検査・相談サービス
 妊婦に対するB型肝炎の検査
 先天性代謝異常の検査
 児童に対するワクチン

* 1992年から1996年までは、薬剤サービス、リハビリテーション、補装具の給付・貸与が特別医療費保険でカバーされていたが1996年から短期医療保険に移行した。

資料 大森正博 オランダの医療・介護制度改革
 海外社会保障情報 1998 No124

1) 介護保険制度の概要

- (1) 事業主体 (保険者) = 国の機関である健康保険基金審議会が基本的に財政責任を負い、短期医療保険の保険者が一部の責任を担う。
- (2) 被保険者 = オランダに居住する全ての者に適用される (全国民共通の保険)
- (3) 受給者 = 1年を超える入院、ナーシングホームの入所、一時滞在サービス、在宅介護サービスは対象サービス受給の認定により保険対象となる。障害者を含み、高齢者介護は障害者施策の中で実施されているものが多い。
- (4) 介護給付 =
 - ① 給付内容 (a)医療給付 (1年以上の入院初日からの精神病院入院、同外来) (b)介護・福祉関係 (ナーシングホーム、身体障害者、知的障害者施設でのケア、デイケア、訪問看護団体の在宅サービス) (c)予防的給付 (先天性代謝異常検査、児童に対するワクチン接種、遺伝子検査、相談サービス、妊婦のB型肝炎検査)
 - ② 在宅サービスの給付 = (a)地域訪問看護組織は病人、障害者、老人、出産前後の母子に対する訪問看護、介護補助具の貸与、予防医療教育の実施。(b)地域ホームヘルプ組織は家事支援等のサービス、1997年から受給権のあるサービス給付が実施される。(c)ナーシングホームで行うショートステイケア(d)高齢者、障害者の車椅子、簡易な家屋の改造費支出、1995年から現金給付を導入。上記のサービス提供主体は全国組織のホームケア協会の非営利になる地域民間組織。
 - ③ 金銭給付 = 1995年から個人介護予算制度が導入される。年2400ギルダー (15万6000円) 範囲内で在宅サービスの購入が自由で、家族・近隣者の購入に当てることができる。ドイツの給付制度の影

響で徐々に額の増加や対象者範囲の拡大が予定されている。認定の方法は4区分のケアニーズ (家事援助、他のホームヘルプ、病人看護、地区訪問看護) 別に必要援助時間数を確定し、規定時間料金額を乗じて援助額を決定する。

- ④ 施設サービス = ナーシングホーム、身体障害者・知的障害者施設でのケア、実施主体は民間非営利団体で政府からの独立度が高い。
- (5) 費用負担
 - ① AWBZの給付及び事務の費用は定率と定額の保険料と②国庫負担金 (国が定めた保険料で賄えない分) で賄われる。被保険者が支払い後、一部を事業主が払い戻す方式による。③保険料は税務署で所得税とともに徴収される。基本的に所得比例拠出、均一給付である。定率保険料は年 (1998年) 47184ギルダーを上限で課税所得の9.6%となる。
 - ④事業主負担は (還付率) は政労使の交渉で決定される。④利用者負担は原則無料。ただし、ナーシングホーム、ホームヘルプ、訪問看護は有料で、ナーシングホーム上限月額2200ギルダー、ホームヘルプ13から最高975ギルダーで応能負担と受益負担による。訪問看護は定額会費。老人ホームの負担上限は月2400から3600ギルダーの間で施設による。負担の算定は所得と資産による。負担できないときは州と4大都市からの補助金による。国は自治体に国庫負担金を支出している。⑤老人ホームの運営費は入居者の利用負担金が全体の40%で、他はホーム法で国の補助金により賄われる。ナーシングホームの運営費は基本的には利用者負担と保険給付額による。⑥老人ホーム、ナーシングホームの建築費は国の一般予算で賄われる。
- (6) 介護サービスの利用方法
 - ① 供給契約はサービス提供者と保険者 (公的保険基金、民間保険会社、公務員共済組合) との間に交わされて、供給内容、報酬などが締結される。この契約は国の健康保険基金審議会が作成したモデル契約と中央医療料金審議会の定めた上限料金を基礎に行われ、締結した契約は健康保険基金 (審) の承認が必要。各保険者は近年の医療改革でサービス供給者 (施設を除き) の選択が自由となった。
 - ② 介護区分は各サービスの提供主体が予算の範囲内で介護の必要度合を決定する。
 - ③ 要介護者の決定は(a)訪問看護とホームヘルプはサービス提供地域組織が対象者へのインタビューで決定する(b)ナーシングホームは市町村レベルの入所認定委員会 (Need Assessment Agency)

が入所の必要性を決定する。入所は施設が決定。
(c)不服申立は各自が加入する保険者に対して行う。申立が認められないときは、健康保険基金(審)に設置の苦情処理委員会の意見を求め、さらに地方裁判所に提訴できる。

(7) 基盤整備

① マンパワー対策

(a)第1レベルの高度な資格の訪問看護婦の配置バランスが課題となっている。(b)ヘルパは専門職的ヘルパー(約1万余人)の他に利用者との直接契約にもとづき週8～12時間の簡易な家事援助提供をする約4万人のアルファヘルパーが存在する。このヘルパーは地域ホームヘルプ組織に登録され、組織が利用者に紹介される。都市部では人材不足で提供者と純粋な民間業者との間に競合が生じて養成が課題となっている。(c)ボランティアは人口の3分の1がボランティア活動をしている。

② サービスの質の確保対策

(a)施設建築の許可時点の審査と看護婦の資格を除き、基本的に提供団体の自主規制で対処される。国はガイドラインの設定とモニター制でチェックする。

(b)訪問看護第1レベルの資格は4年の看護婦教育と2年の公衆衛生分野の経験が必要。第2レベルの訪問看護婦は3年の病院での訓練と6か月の公衆衛生分野の経験が必要で前者の監督を受けて業務に当たる。

(c)ホームヘルパーは当団体の研修による。特別コースの研修者は注射・薬物投与の権限を得る。地位向上の目的で実施されている。

(d)ナーシングホーム、老人ホームの職員は介護関係調査・情報・教育研究所(NZI)などの非営利団体によって質の高い研修が行われている。施設全体の提供サービスの質についてはNVVZという専門職組織の評価機関があり、施設評価を行っている。

③ 法の施行と方法

(a)AWBZは1967年12月に公布され、68年1月から段階的に施行されてきた。ナーシングホームは当初から。訪問看護は80年から給付対象に。89年からホームヘルプサービスが予算の範囲内での給付対象に。95年個人介護予算制度導入。97年から受給権のある給付対象になった。同時に老人ホーム運営費用が公費からAWBZの対象となった。(注2)

の医療供給システムへの介入を第1期に、1980年代中期から1990年代の初頭までの規制緩和と市場活用の重視を第2期、第3期は1990年初頭「管理された競争」を組み入れた段階的な改革の時期を進めてきた。(注3)

1970年代は医療の「階層化」としてプライマリーケア、第1次、第2次、第3次ケアをはかり、プライマリーケアと第1次医療体制の充実と「地域化」としての医療行政の分権化を意図して州・市町村への権限委譲をはかる。

さらに、60年代に促進された施設サービス中心から高齢者の社会的統合と自立生活の確保が強調された。

1980代の改革は87年のDekker委員会報告による医療保険制度の改正と「競争原理」の導入をはかって、供給システムの効率化をはかり、かつ増高する医療費の抑制をはかる。また、高齢者の生活様式の多様化に着目したサービスの調整も課題となった。

1990年代は91年のDunning委員会による医療における患者の選択の必要性の報告、94年のビースフーバル(Biesheuvel)委員会のGPと専門医の役割分担を明確にして70年代の「階層化」の見直しの提言がある。又94年Welschen委員会の「高齢者ケアの近代化」報告書による、将来の高齢者を対象とした包括的ケアシステムについての提案がなされている。95年ボース(Dr. Borst)大臣の改革提案があり、表3のとおり、89年以来のデッカープランによる医療・介護制度における徹底した「競争原理」の追求に対して、(1)長期療養ケアと精神医療ケアは政府の価格・数量規制のもとで運営することとし、(2)基礎的治療ケアは「規制された競争」のもとで保険者と消費者(利用者・患者)間、保険者と医療機関との間、医療機関と消費者との間の選択と競争の原理で運営をはかる。(3)はアメニティと高価でないケアはその性質から経済的に利用不可能なほど高価でなく、医療上の必要性、効果、効率性の基準からも緊急性と危険性のないものは自由競争の制度のもとにおく、との改革案である。(注4)包括的なオランダの医療と介護の、又は医療と福祉の制度では医療費の増加に対する抑制と制度間の合理性を考

表3 1995年の改革

保険の分類	保険制度	保 険 者	競争のあり方
長期療養ケアと精神医療ケア	AWBZ	Regional Single Payer	政府の価格・数量規制
基礎治療ケア	強制健康保険	疾病保険会社+私的保険会社	「規制された競争」
アメニティーと高価でないケア	私的保険	疾病保険会社+私的保険会社	自由競争

資料：海外社会保障情報 No124 Autumn'98
オランダの医療・介護制度改革 大 森 正 博

3. 医療・福祉改革の方向

オランダの改革は1970年代から80年代中期にかけ政府

える上で現実的な政策的選択案なのかもしれない。「基礎医療ケア」と「長期ケア・精神医療」との区分はそれを求める世代の間の所得分配、中、高所得層から低所得層への所得分配の合意がかくされているのかもしれない。何れにしても、実験を重ねながら制度改革を進めるオランダのあり方は今後も注目すべきだと思われる。

4. 終りに (オランダ)

さきにふれたように、オランダでは介護は医療保険制度としての包括的な制度の中にあり日本やドイツと異なる。伝統的な施設ケアから出発した介護制度は改革の検討を重ねて高齢者ホームの建設を中止し、その一方で隣接する場に独立性の高い高齢者用小住宅やグループホームなど、小規模で住まいの機能を高めたケア施設が建てられている。さらに介護の機能性を高めるため在宅サービスの併用、ショートステイ、給食サービス、アラームシステム、ホームヘルプサービス、訪問看護サービスを拡充して、その活用度を高めている。

つまり、日本・ドイツと同じ福祉改革の流れの中でより積極的な「施設から在宅サービスへ」「対象者固有のサービスから地域福祉サービスへ」「福祉施設政策からケア化住宅政策へ」しかも医療介護の分野でも、競争の原理を含む積極的な導入と試行が重ねられて、より選択の可能性を高め、効果や効率性の追求(1998年にneed assesment Agency :Regionaal Indicatie Orgaan=R I O. 第3機関による入所認定を地方公共団体レベルで設置、在宅サービスとの調整、処遇費用の適性化、質の向上が期待されている。)をはかり、緊急性と安全性、危険性に対応できる尺度をもった合理性の追求が着実に押し進められているといえよう。

視察で印象深かった運営施策を紹介したい。

- (1) ロッテルダム市 社会福祉財団Humanitas経営のナーシングホーム、在宅ケア、ケア住宅の組合わせた施設を見学。市街の中心に位置していて、ショッピングセンター、食堂が併設され、居住高齢者や障害者が一般市民とともに交流し、共生の場を創造する目的で作られた集合住宅。市内に15か所あり、なお計画されている。
- (2) AHS (Algemene Haags Stichting) 財団による経営、大型のケア施設を見学する一方で、ハーグ市の近郊10kmにあるツータメア (Zoetermeer) 市、高層 (13階) 住宅街 (De Morgenster) を見学、地上階にグループホームを設置、談話室を中心に独立居宅がヘルパー、看護婦のケアの下で介護されていた。棟全体には外来者を含む会堂があり、立派なパイプオルガンも置かれていた。
- (3) ツータメアの健康センターは妊産婦・乳幼児から高

齢者までの相談、介護業務や福祉・医療用具貸出、展示、販売コーナーなどセンターの多様なはたらきをみる。

- (4) アムステルダム、ナーシングホームFlessemanを見学、中央駅近くの都心にあつて、地域社会とのかかわりの利便性の高い高齢者施設のはたらきをみた。

最後に、このたびの視察研修にあたって、(社)エイジング総合研究センター薩摩林康彦氏、同在外研究員の濱口・クレナー牧子氏、ハンブルグMDKの介護認定責任者F・モーア博士、ハンブルグ労働者福祉団体(AWO)の介護保険責任者H・J・ブロックマイヤー氏、オランダ老年社会学研究所副所長P・W・ハーバス氏、ツータメア市の健康センター副所長V・d・フーフ氏、RIOの所長De・ヴィト氏ほか、多くの方々からご指導をいただいた。心から感謝を申しあげたい。

なお、オランダ福祉事情のデータは本誌、浦澤喜一氏の「ドイツ・オランダに於ける医療および介護保険制度をめぐって」に添付された資料を参照されたい。研修の機会は北海道女子大学北方圏生活福祉研究所の特別研究費により実現した。申し添えて感謝の意を表したい。

(オランダ)

- 注1. 岩田 克彦 オランダ社会保障見聞記 週刊社会保障No1884 ('96.4.15)
- 注2. 岩田 克彦 オランダの介護保険制度と日本及びドイツとの比較について
高齢化社会における社会保障周辺に関する理論研究事業の調査報告書Ⅲ, 1996.3刊
- 注3. 廣瀬真理子 オランダの高齢者ケアについて
注2と同じ報告書。
- 注4. 大森正博 オランダ医療・介護制度改革 海外社会保障情報 1998 No124

参考文献 (ドイツ関係)

- 栃本一三郎 “西ドイツにおける福祉サービスと介護保険の諸問題” 総合社会保障 1985.6.
- 高原 弘海 “西ドイツにおける社会保障制度改革の動向” 海外社会保障情報 1989.No88.
- 本沢巳代子 “在宅ケアの実情ドイツ” ジュリスト高齢社会とケア特集 1993.4
- 土田 武史
“ドイツの長期ケアと介護保険” 海外社会保障情報 1993.No104.
“ドイツにおける医療供給構造の改革” 週刊社会保障 1993.3.29.

- “ドイツ型社会保障改革” 週刊社会保障 1996.1.15.
 “ドイツ介護保険の現金給付” 週刊社会保障 1996.3.11.
 “ドイツのリスク構造調整” 週刊社会保障 1996.7.8.
 “第2段階に入ったドイツ介護保険” 週刊社会保障 1996.9.16.
- 高智英太郎 “ドイツの医療保障制度改革” 海外社会保障情報 1994.Winter No109.
- 松本 勝明
 “ドイツの社会保障政策－1990～1993” 週刊社会保障 1993-11.22-29.12-6-13.
 “要介護のリスクの社会保障に関する法律” 季刊年金と雇用 1994 VOL13.No4.
- 木下 秀雄 “ドイツにおける介護保障－公的介護保険と社会扶助給付” 賃金と社会保障 1995.
 “介護保険－福祉の諸相－” ジュリスト・福祉を創る 1995.
- 堀 勝洋 “ドイツ介護保険法の我が国公的介護保険制度への示唆” 長寿社会開発センター・高齢化社会における社会保障周辺施策に関する理論研究事業の調査研究報告書Ⅱ. 1995.3.
- 丸山 桂 “公的介護保険の所要額とその経済的効果について” 同上 1995.3.
- 倉田 聡 “ドイツ介護保険法（社会法典第11編）の条文および理由書（抄）” 同上 1995.3.
- 須田 俊孝 “オーストラリアの介護保障施策” 同上 1995.3.
- 保坂 哲哉 “ドイツの社会保障研究の今日～医療” 海外社会保障情報 1995.Summer No111.
- 下和田 功 “ドイツの社会保障研究の今日～年金” 同上 1995.
- 岡田英巳子 “ドイツの社会保障研究の今日～社会福祉その他” 同上 1995.
- 栃本一三郎
 “公的介護保険における介護指針について” 社会保障旬報 1995.2.
 “ドイツ介護保険システムの現状と課題” 月間福祉 (1995.10.11.12.-1996.1.2.3)
 “ドイツ介護保険の現状と課題” 海外社会保障情報 1996.No114
- 松本 勝明
 “要介護認定の法と実際－ドイツ介護保険法－” 週刊社会保障 (1995-11.13.-20.-27.12/4.)
 “ドイツ介護法－介護サービスの提供と質及び経済性の確保①～④” 週刊社会保障 (1996.3.4-11.-18.-25)
 “ドイツにおける医療保障制度改革の動向①～④” 週刊社会保障 (1996.7.1.-8.-15.-22)
- 木下 秀雄 “介護保険法と介護保障の権利－介護保険法案の検討” 週刊社会保障 (1997.3.31)
- ノルトラインウエストファーレン州 “ノルトラインウエストファーレンと介護保険” 1996.7.
- ヘルント・シュルテ “ドイツにおける世話法” 海外社会保障情報 1996.No115. (訳 上山 泰)
- 高山 憲之 “福祉財政をめぐる諸外国の動向－年金－ドイツ編－ 1996. AGING, (社)エイジング総合研究センター
- 濱口クレナー 牧子 “ドイツの介護保険制度に関する関連資料等” 1998.8.
- ルーデイガー・ホフマン “ドイツ介護保険の現状”－ヘッセン州中心に1998.8. (河嶋修 訳)
- ドイツ連邦労働社会省 “ドイツ社会保障総覧” ぎょうせい1993.
- 土田 武史 “ドイツ医療保険制度の成立” 勁草書房 1997.
- 山田 高生 “ドイツ社会政策史研究” 千倉書房1997.
- エイジング総合研究センター “ドイツの高齢者福祉医療政策” 1996.
- NIRA政策研究 “医療システムの国際比較公共政策としての医療” -1993.
- 広井 良典 “医療保険改革の構想” 日本経済新聞 1997.
- 広井 良典 “ケアを問いなおす” ちくま新書 1997.
- 藤岡 純一 編 “海外の地方分権事情” 自治体研究社 1995.
- 社会保障研究所 編 “西ドイツの社会保障” 東京大学出版会 1989.

参考文献（オランダ関係）

- 廣瀬真理子 “社会福祉行政をめぐるオランダの中央－地方関係－” (財)長寿社会開発センター老人保健医療福祉に関する理論研究事業の調査研究報告書 1991.3.
- 廣瀬真理子 “オランダの高齢者と家族”－インフォーマルセクター活用論をめぐって－ 1992. Spring VOL.27-No4 季刊社会保障研究
- 大野 圭野 “福祉先進国における痴呆性老人のケアの思想と方法”－スウェーデン・オランダのグループホームを中心に－ 1992. 海外社会保障情報 No99
- 廣瀬真理子 “オランダ－在宅ケアの実情－” ジュリスト 1993.4－高齢社会と在宅ケア－
- 廣瀬真理子 “オランダの医療システムと最近の医療改革の動向” 1993.健康保険組合連合会「オランダ・デンマーク・スウェーデン・イギリス医療保障の現状と動向」
- 大森 正博 “オランダの医療制度改革” (上, 下)

- 週刊社会保障 1995.7.31-8.20.
- 堀 勝洋 “オランダの介護保険制度” 週刊社会保障 1996.2.26.
- 堀 勝洋 “オランダの介護保険制度” (財長寿社会開発センター1996.3. 高齢化社会における社会保障周辺施策に関する理論研究事業の調査研究報告Ⅲ.
- 廣瀬真理子 “オランダの高齢者ケア” 同上1996.
- 大森 正博 “オランダの医療制度改革” 同上1996.
- 橋本 敬史 “オランダの高齢者ケア制度-高齢者ケアの供給体制と供給量・質の管理-” 同上1996.
- 岩田 克彦 “オランダの介護保障制度と日本・ドイツとの比較” 同上1996.
- 岩田 克彦 “オランダ社会保障見聞記” 週刊社会保障 1996.4.8.-5.20.
- 大森 正博 “オランダの社会保障制度と制度改革の考え方” 海外社会保障情報 1996.Winter No117.
- 廣瀬真理子 “オランダの高齢者福祉サービスにおける「民間」の役割” 海外社会保障情報 1998.Spring No122.
- 大森 正博 “オランダの医療・介護制度改革” 海外社会保障情報 1998.Autumn No124.
- 前田 信彦 “オランダにおけるパートタイム労働の動向と家庭生活の変化” 海外社会保障情報 1998.Autumn No124.

The Recent State of Social Welfare in Germany and The Netherlands

Nobuyoshi Yoshimura Northern Regions Research Center for Human Service Studies

Abstracts

In addition to raising the quality of social security measures (income, medical treatment, and social welfare), the issue in Germany now is how to put the care system on a firm basis. For example, the care system brought about by the Social Assistance Act, has not been properly installed. As a result, the GRG was adopted in 1989, and the supportive and monetary aspects were functionally added. However, with decreasing expenses and fewer care problems at stake, in 1995, the Social Insurance Act, with its emphasis on care, was passed.

Nursing of children and caring for the aged has gratuitously been considered an issue to be taken care of by individual families. Accordingly, the '95 act was made to address the realization of family care.

In the Netherlands, care and welfare measures have been carried out under the AWBZ, enacted in 1968, and those measures are generally referred to as "Health Care". These measures were implemented in a unified and comprehensive manner.

In recent years, emphasis has been on how welfare and medical facilities should be upgraded. Thus both community care and home care services are in the process of integrating.

The Social Welfare Foundation is trying hard to implement city planning in an effort to ensure the housing measures that provide the equipment, and programs necessary to live healthy and happy lives, for the aged.

Under the present insurance system, the quality of care should be high on the agenda, and competition should be encouraged to develop an economical, effective, and rational system. Furthermore, a more transparent view will be expected between consumers and insurers, and insurers and service providers.

〈資 料〉

Handout of the lecture of
Pieter Huijbers,
vice-director of
Netherlands Institute of Gerontology

P. O. Box222
3500 AE Utrecht

Phone: +31 30 27 69 96 0
Fax: +31 30 27 62 88 0

Internet: www.nig.nl
E-mail: huijbers@nig.nl

Handout for the lecture of Pieter Huijbers,
Netherlands Institute of Gerontology

Summary:

Care of the Elderly in the Netherlands

1. General background of care of the elderly
 - financial status of the elderly
 - housing situation
 - the state and private organisations in health care
2. Care facilities
 - general hospital care
 - care allocation committees
 - nursing homes
 - psychiatric institutions
 - residential homes for the elderly
 - general practitioners
 - district nursing
 - domiciliary care
 - social welfare services
3. Developments

Demography data of The Netherlands:

Total population 1997	15.5 million
Population 65+ 1997	2.06 million
%elderly	13.4%
Total population 1994	15.3 million
Population 65+ 1994	2.00 million
%elderly	13.07%

The Netherlands are among the youngest nations
in Europe!

Housing situation

- 90% live in their home without children
- 9% live with one or more children
- 30% own the house they live in
- housing is of good quality
 - all modern comfort available

State pension rate AOW

- for single persons:
 - 70% of minimum wage for workers = about (1500) HFL
- for those living together with spouse or partner:
 - 50% of minimum wage for workers = about (1000) HFL
- 27 % only have state pension
- 37 % have state pension plus max. 300 HFL extra income
- general satisfaction about income situation
- only 6% say to have financial difficulties

The role of the state and private organizations
in the care system

All care organizations are private not for profit
organizations;
They are publicly funded however.

The role of the state is for collective aspects of
health care:
legislation and regulation, promotion, preven-
tion and protection.

Cure, care and nursing of individual patients
are the responsibility of the private sector.

use of care by the elderly in the Netherlands

No demand	41%
Receiving only informal help	31%
Receiving formal help	28%

Breakdown of those having formal help(28%):

Institutional	10%
In hospitals	1.4%
In nursing homes	2.5%
In residential homes	6%

(Note:Institutionalisation rate is high in the Netherlands)

At home)	18%
Home help	10%
Home nursing	4%
Outreach services	7%
Other(social)services	6%

(Mind that there may be overlap of services)

Need Assessment

Done by special need assessment agency called "Regionaal indicatie orgaan"

Municipalities are responsible for establishing agency, but agency has regional territorial working area

Agency is independent, however, from municipality and other parties

Agency is charged with assessment for home care, residential home and nursing homes

Staff is trained and competent for assessing need of institutional care and home care

Procedures are not uniform, but generally based on ICIDH

-Data on nursing homes(per1-1-1997)

Functions of nursing homes:

- long term nursing and adequate housing social environment and treatment
- observation and diagnosis/ assessment
- rehabilitation
- terminal care
- short term admission; crisis admission; respite

care

- outreach care(into residential homes and into the community)

Total number 327
of which

- for physically diseased patients	59
- for psychogeriatric patients	58
- for both categories	210

Number of beds 56,103

Incl. day care places physically diseased	1,995
psychogeriatric	2,196

Average age 78

Average duration of stay 2.8year

Number of fte staff(incl. 7,800 trainees) 66,637

Number of persons staff 103,898

Expenditures 5.8 billion Guilders

Costs per day 278 Guilders

Costs covered by AWBZ(public LTC insurance)

Copayment from 300 NLG/month to max 3,000 NLG/month(income dependent)

Importance for the elderly:

2.5% of the elderly are living in a nursing home(point prevalence)

92%of all patients are 65+

- 81% in homes/wards for physically diseased
- 97% in homes/wards for psychogeriatric patients

-Data on residential homes for the elderly (1-1-1997)

Functions of residential homes:

- Adequate housing and social environment for frail elderly who can't cope at home(all live in private rooms)
- ADL support
- Activity therapy and social and mental stimulation
- Mediation for(health care)service
- Outreach services(into the community:alarm systems, meals)

• Sheltered houses(on the premises)		4 % daily of 65+ use home nursing(prevalence)
Number of homes	1425	15-20% (est.) 65+ have used home nursing over the last 12 months
57 have less than 25 residents		- % use by age groups(1990 data)
21 have more than 250 residents		- 60-69 12.6
Number of beds	128,040	- 70-79 27.7
Number of residents	117,491	- 80+ 40.9
Male 24,904		40% of all clients are 65+
Female 92,587		75% of all care and service hours regards 65+
Number of fte staff	53,053人	-Data on Home help
Number of persons staff	83,708人	
Expenditures	5.3billionNLG	Functions:
Average costs/day	110 NLG	• HDL support/domiciliary care
Costs covered by AWBZ(public LTC insurance)		• Social care(e.g.mobillising social environment, budget instruction)
Copayment from 300 NLG/month to max. 3,000 NLG/month(incomedependent)		• Mediation office for "alpha help" (household assistants)
Importance for the elderly:		Number of staff(ftu) 40,000
6.3% of all 65+ live in a residential home		Expenditures 2.2billionGuilders
- 3.8% of those 75-79		Cost covered by AWBZ(LTC public insurance)
- 11.4% of those 80-84		Copayment from min. 5NLG/week to max. 250NLG/week(income dependent)
- 25.1% of those 85-89		Note:homehelprun "alphahelp" (householdassistance)
- 40.9% of those 90-94		
- 51.6% of those 95+		Importancefortheelderly:
average age is 85 years		7 % daily of all elderly use home help
HOME CARE(1-1-1997)		3 % daily use alpha help
Number of Home nursing organisations	34	70% of all home help expenditures are spent for 65+
Number of Home help organisations	68	
Number of organisations that do both	33	
- Date on Home nursing		- Data on General Practitioners(1995)
Functions:		Number 6,300
• traditional home nursing		Surgery capacity standard 2,000
• special home nursing(e. g. teminal care)		Surgery actual size 2,300
• preventive activities, instruction and health education		Expenditures 2billion
• appliances store		Cost covered by Primary Health Insurance(public or private)
• psycho-social support		Actually small patient's copayment(max.200NLG/year)
Number of staff(ftu)	12,000	Importance for the elderty:
Expenditures	1 billion NLG	The GP has no special function in elderly care. However.
Costs covered by AWBZ(public LTC insurance)		80% of all elderly saw their GP over the last
No client's copayment(or marginal)		
Importance for the elderly:		

12 months

(including referral function for specialists)

20% of all GP contacts regard 65+

40% of all GP expenditures are spent for 65+

- Data on hospitals as per 1-1-97

Number	153
Beds	59,404
Admissions	1.59 million/year
In-patients days	15.562 million/year
Staff (FTU)	137,500 (excl. medical specialists)
Staff (persons)	191,585
Capacity per:1000 of population	3.9 beds
Average duration of stay	9.3 days

Expenditures	18 billion NLG/year
Cost per day	1071 NLG
Costs covered by Primary Health Insurance (public or private)	
Actually small patient's copayment (max. 200 NLG/year)	

Importance for the elderly:

18.5% of all elderly yearly are admitted to hospital

1.4% of the elderly are in hospital at a moment (point prevalence)

25% of all admissions are elderly patients

Health Insurance in the Netherlands

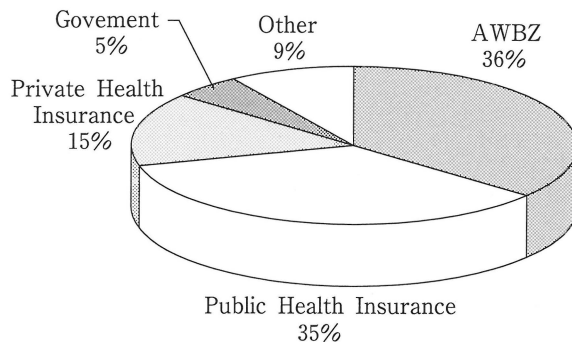
- AWBZ long Term Care Insurance
 - public (for all citizens)
 - covers nursing homes, residential homes, home care and care of the disabled etc,
- | |
|----------------------------------|
| Public Health Care Insurance for |
| - workers earning < NLG 60,000 |
| - those having social assistance |

Private Health Care Insurance for
- workers earning > NLG 60,000
- the self-employed
- Covers acute care, G. P., Hospital
- Private additional health insurance for additional benefits, e, g, dentist, special medicines

Funding of Health Care in the Netherlands 1998

Total Cost (budgetted): 66,685 Million

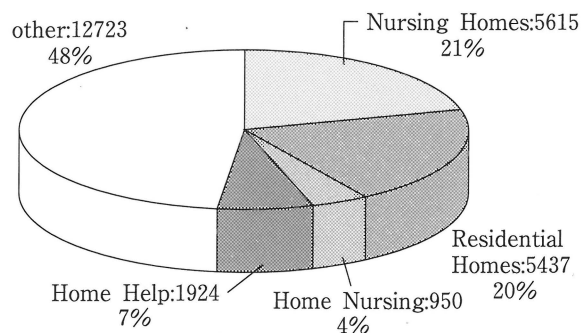
Source: Financial Review of Care 1998



Expenditure of AWBZ 1997

Total Expenditure (estimate 1998): 26,267 Million

Source: Ziekenfondsraad (HIC) Report 1998-778



AWBZ cost in recent years

Estimates based on Financial Review of Care 1998

